

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 296

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Gabrielle NICOLLE-MUNIER

née le 1^{er} novembre 1899, à Sermaize-les-Bains (Marne)

EXTERNE DES HÔPITAUX

LICENCIÉE ÈS LETTRES

L'ÉTAT DE LA BOUCHE

CHEZ LES

RHUMATISANTS CHRONIQUES

Président : M. Fernand BEZANÇON, Professeur.

LIBRAIRIE LAROUSSE

RUE MONTPARNASSE, 13-17. — PARIS, VI^e

1929

ETAT DE LA BOUCHE

CH. M.

CHRONOLOGIQUE

LE DOYEN. . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLET.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
	BEZANCON.
Clinique médicale	ACHARD.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	Léon BERNARD.
Clinique des maladies infectieuses.	DELbet.
Clinique de la Tuberculose.	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	SERGENT.
Clinique propédeutique	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.	

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI.	DEBRE.
ALAJOUANINE	DOGNON
AUBERTIN	DONZELOT
BASSET.	DUVOIR.
BAUDOUIN.	ECALLE.
BINET.	FIESSINGER...
BLANCHETIERE	GARNIER
BROCC	GATELIER
BRULE	GIROUD
CADENAT.	HARVIER
CHABROL.	HEITZ-BOYER
CHIRAY.	HOVELACQUE
CLERC	HUTINEL
	Hygiène.
	Physique.
	Pathologie médicale.
	Médecine légale.
	Obstétrique.
	Pathologie médicale.
	Pathologie expérimentale.
	Pathologie chirurgicale.
	Histologie.
	Pathologie médicale.
	Urologie.
	Anatomie.
	Pathologie médicale.

MM.	
JOYEUX.	Parasitologie.
LABBE (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU.	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
METZGER.	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MULON.	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils.	Physiologie.
SEZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER.	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.	Pharmacologie.
GUENIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX.	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN.	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.	
ALGLAVE.	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, prof. sans chaire. }	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



A MON MARI

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

*Professeur de Clinique Médicale
A la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur*

qui m'a donné une nouvelle preuve de sa bienveillance en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude émue pour l'accueil simple et affectueux qu'il a bien voulu me réserver dans son service et les précieux enseignements qu'il m'a prodigués.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR CHARLES RUPPE

*Ancien Interne des Hôpitaux
Stomatologiste des Hôpitaux*

dont les conseils éclairés m'ont été d'un immense profit au cours de mes études stomatologiques et particulièrement de la préparation de cette thèse qu'il a inspirée.

Qu'il reçoive ici l'hommage de ma respectueuse affection et de ma profonde reconnaissance pour la grande bienveillance et la constante sollicitude qu'il n'a cessé de me témoigner.

A M. LE DOCTEUR M.-P. WEIL

Médecin des Hôpitaux
Chef de Laboratoire à la Faculté
Chevalier de la Légion d'honneur

qui m'a proposé le sujet de cette
thèse et qui m'a toujours réservé l'ac-
cueil le plus chaleureux.

Qu'il reçoive l'expression de ma
vive gratitude pour les judicieux con-
seils et le bienveillant appui qu'il m'a
accordés.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. LÉRI

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR PASTEUR VALLERY-RADOT

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR M. RENAUD

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

qui ont bien voulu m'ouvrir leurs
Services et m'aider de leurs conseils.
En témoignage de ma reconnais-
sance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

Monsieur le Professeur HARTMANN;
Monsieur le Professeur SERGENT;
Monsieur le Professeur BEZANÇON.

EXTERNAT

Monsieur le Docteur BRECHOT
Monsieur le Docteur SAINTON;
Monsieur le Professeur Agrégé LE LORIER;
Monsieur le Professeur BEZANÇON;
Monsieur le Professeur Agrégé LEMAITRE;
Monsieur le Docteur CHOMPRET.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE STOMATOLOGIE

PRÉFACE

I

A l'heure actuelle, l'étude du rhumatisme chronique est intéressante au triple point de vue de sa fréquence, de l'importance de l'invalidité qu'il entraîne et enfin des conséquences sociales qui en résultent.

Dans tous les pays où des statistiques ont été faites, on trouve que le rhumatisme atteint un nombre toujours plus grand d'individus : il cause un sixième des invalidités en Angleterre, un cinquième en Suède et à peu près autant en Allemagne.

Les désordres articulaires, les ankyloses et les déformations osseuses qui en résultent sont tels que l'impotence relative ou absolue des rhumatisants accroît le nombre des infirmes et augmente d'une façon considérable les charges de chaque pays.

C'est ainsi que la question du rhumatisme présente un intérêt social et universel à telle enseigne qu'elle fait l'objet d'une Ligue Internationale dont l'idée dominante est l'étude du traitement : celui-ci étant sous la dépendance de la cause, la nécessité d'une Étiologie s'impose.

II

Au point de vue stomatologique, les questions suivantes sont à résoudre :

1° *Les infections dentaires sont-elles une cause directe du rhumatisme ?*

Ou bien, incapables à elles seules de déterminer un rhumatisme, sont-elles capables d'en assurer la persistance ?

2° *L'articulation alvéolo-dentaire étant considérée comme toute autre articulation, peut-on affirmer qu'elle participe aux lésions rhumatismales ?*

III

Dans notre thèse, nous voulons contribuer à marquer l'importance actuelle de l'étiologie du rhumatisme. C'est un travail difficile, de longue haleine, qui nécessite de nombreuses observations. Notre but est simplement de rechercher quel est l'état de la bouche chez les rhumatisants chroniques et nous avons choisi les cas extrêmes, les plus graves : les rhumatismes déformants.

ÉTIOLOGIE DENTAIRE

DU RHUMATISME

La théorie des infections d'origine dentaire, autrefois exposée en France par Chassaignac, Richet, Galippe, Lejars et Sébilleau, plus récemment étudiée par de nombreux auteurs (1) est devenue une véritable doctrine, surtout en Angleterre et en Amérique, sous le nom de

INFECTION FOCALE

De nombreuses affections, celles qui intéressent l'appareil locomoteur en particulier, sont dues à l'action des poisons déversés dans l'organisme par des foyers primaires d'infection localisée.

Ces foyers peuvent siéger en un point quelconque de l'économie : peau et ganglions lymphatiques, voies génito-urinaires, appareil digestif et ses annexes, naso-

(1) Tellier, Frey et Ruppe, Lebedinsky, Mendel, Rousseau-Decelle, Sainton et Debertrand, Nathan, Vaucher et Woringer.

pharynx, bouche. Ceux qui se trouvent dans la région amygdalo-dentaire sont le plus souvent incriminés : en effet, ils représentent de 82 à 90 % des cas, avec prédominance amygdalienne ou dentaire selon les auteurs. La tonsillite chronique, les suppurations des cryptes paraissent généralement moins fréquentes que l'infection dentaire ou paradentaire : gingivite, pyorrhée, carie et surtout granulome apical, foyer fermé d'autant plus dangereux qu'il est souvent méconnu. La lésion de l'apex peut être minime, non décelable cliniquement, parfois visible à la radio sous forme d'une petite plage claire, parfois même invisible d'après certains auteurs et c'est ce qui a poussé les stomatologistes américains à pratiquer l'avulsion systématique de toutes les dents mortes, même soignées correctement.

Les statistiques concernant l'étiologie du rhumatisme varient quelque peu d'un auteur à un autre :

Russel Cecil et Archer (1) ont analysé 200 cas de rhumatisme articulaire infectieux chronique et ils ont trouvé les localisations suivantes des foyers primaires :

Amygdales	68 fois.
Amygdales et dents	30 —
Dents	21 —
Dents et prostate	2 —
Dents et pharynx	2 —
Dents et vésicules biliaire	2 —
Aucun foyer trouvé	18 —

Les 57 autres foyers étaient : la prostate, les sinus, l'oreille moyenne, la vésicule, le côlon, l'utérus, etc.
Les dents sont responsables de 33 % des cas.

Dans l'étude clinique et statistiques des arthrites chroniques basées sur 1 100 cas, Pemberton et Pierce (2)

(1) *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. CLXXIII, Février 1927.

(2) *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. CLXXIII, n° 1, Janvier 1927, n° 658.

font le tableau des différentes sources d'infection focale dans 3 groupes d'individus.

Le foyer dentaire représente	74 %	78 %	46 %
Les amygdales représentent	46 %	43 %	71 %
L'appareil génito-urinaire	18 %	3 %	17 %

Le *traitement* considéré dans l'ablation des foyers septiques d'une part et dans la vaccinothérapie d'autre part donne aux médecins américains des résultats qui viennent prouver la justesse de leurs conceptions.

En France, A. Léri (1) croit à la fréquence de l'origine infectieuse du rhumatisme sous toutes ses formes. Il accuse surtout l'infection génitale chronique, atténuée.

THÉORIE ECLECTIQUE

Il existe une théorie éclectique dont Duvernay a formulé les lois (2) :

1°) Ce sont les infections et les intoxications atténuées qui frappent de préférence le tissu conjonctif et ses annexes; les infections et les intoxications virulentes touchent de préférence les parenchymes.

C'est la loi de Jong, Landouzy, Bernard.

2°) Lorsqu'une articulation a été atteinte par une poussée rhumatismale, elle reste sensibilisée à l'introduction dans l'organisme, même à distance, même à dose infinitésimale de l'agent infectieux qui lui a donné naissance.

C'est la loi de Landouzy, Gougerot et Salin.

3°) Enfin il est une troisième loi :

C'est la non-spécificité de la réaction qui se produit à la longue, non seulement à l'introduction des mêmes toxines, mais à l'introduction de toute autre toxine.

(1) Léri et Lonjumeau : Arthritisme et Rhumatismes chroniques (Journ. Médical Français, t. XVI, n° 5 mai 1927, pp. 187-196).

(2) Duvernay P. M. 12 septembre 1928.

THÉORIE DE LA PLURALITÉ DES CAUSES

La théorie infectieuse du rhumatisme a rencontré en France beaucoup de critiques.

M. P. Weil fait remarquer que, chez bon nombre de rhumatisants, on trouve de la mononucléose, un liquide articulaire stérile; la biopsie est négative ainsi que l'hémoculture. D'autre part, il est bien des cas de rhumatisme où l'examen le plus minutieux ne fait découvrir aucun foyer. Inversement, nombreux sont les porteurs de caries, de fistules, de granulomes qui n'ont pas de rhumatisme.

L'épreuve du traitement est elle même discutable.

En effet, *les vaccins* injectés au malade ont-ils réellement une action spécifique à l'égard des microbes incriminés ou de leurs toxines, ou bien, ne représentent-ils pas une médication de choc ?

Les extractions chez les pyorrhéiques suppriment peut-être des foyers infectieux dentaires, mais agissent également comme un auto-vaccin. (Clyde Davis-Dental Digest 1918, p. 601).

On ignore ce qui se passe au niveau des plaies que l'on crée en milieu éminemment septique.

Avant d'en arriver à incriminer une infection focale initiale, il convient de rechercher

Les autres causes

Les infections générales : tuberculose, syphilis, rhumatisme articulaire aigu, gonococcie.

Les hétéro-intoxications : plomb, alcool, etc...

Les auto-intoxications : goutte, oxalémie, psoriasis

Les insuffisances endocriniennes : ovaire, thyroïde.

Ayant éliminé ces différents facteurs, on arrive à l'*origine infectieuse* du rhumatisme.

Là encore divers foyers peuvent être incriminés :

Les amygdales, plus souvent que tous les autres ;

La vésicule biliaire et l'appendice dont l'infection serait, pour certains, secondaire à une infection bucco-pharyngée ;

Enfin *les voies génitales* qui seraient, pour A. Léri, le foyer initial le plus fréquemment en cause.

Conclusion

« Les rhumatismes chroniques sont la composante variable d'éléments exogènes et endogènes, combinés en des interréactions complexes. Dans aucun domaine on ne se heurte à autant d'obscurité et d'inconnu, tant est intriquée l'influence réciproque de ces différents facteurs. »

Par conséquent, en présence d'un rhumatisme chronique, nous ne pouvons admettre à l'exemple des Américains, qu'il résulte d'un facteur unique. Les progrès des investigations cliniques ne font, au contraire, qu'appuyer la thèse de la pluralité des causes défendue par la plupart des auteurs français et exposée récemment par *Weissenbach et Françon*.

Il reste enfin à prouver

L'ORIGINE DENTAIRE DU RHUMATISME

Là, surgissent de réelles difficultés. En effet, les infections dentaires sont très fréquentes.

Black (1) parmi les individus examinés par lui au hasard établit la statistique suivante :

- 56 % au-dessous de 25 ans d'infections du périodonte.
- 72 % entre 25 et 30 ans.
- 87 % entre 30 et 40 ans.
- 89 % entre 40 et 50 ans.
- 100 % au delà de 50 ans.

Il faudrait donc, comme le remarque judicieusement M. R Rousseau-Decelle, faire porter les statistiques sur des sujets de 15 à 25 ans.

Les Granulomes, si souvent rencontrés, ne constituent pas nécessairement un *foyer infectieux virulent*. Souvent, ils sont le siège de germes à basse virulence, souvent même ils sont stériles. La seule présence d'un foyer apical chez un rhumatisant ne permet de conclure à une relation de cause à effet.

L'hémoculture est le plus souvent négative chez les mêmes malades.

De même, il est très difficile de retrouver le microbe au niveau des articulations : le liquide étant presque toujours stérile.

Enfin l'épreuve du traitement n'apporte pas souvent de confirmation à l'origine dentaire du rhumatisme. D'ailleurs, les auteurs américains prétendent que cette épreuve est négative 6 mois après le début de l'affection.

Aussi existe-t-il pratiquement un très petit nombre d'observations probantes.

Comment explique-t-on le **mécanisme** de l'infection focale ?

Partie du foyer primaire, la toxémie diffuse par *voie sanguine et lymphatique*. Elle peut produire une septicémie généralisée, ce qui est rare, ou des désordres locaux, particulièrement au niveau des articulations, créant le

(1) Cité par Duke. Oral sepsis in its relationships to sysyemic disease C. V. Mosby Company Saint-Louis U. S. A. 1918.

rhumatisme infectieux aigu, subaigu ou chronique, le rhumatisme déformant, l'arthrite sèche et même la goutte, d'après Ll. Jones.

Le germe en cause serait le *Streptocoque viridans*, du moins pour la plupart des auteurs.

Rosenow, Fr. Billings, dans leurs expériences, ont trouvé dans les lésions à distance les mêmes micro-organismes à basse virulence que dans les foyers apexiens ou péri-apexiens.

Isolés, cultivés et inoculés, ces micro-organismes acquièrent des propriétés nouvelles qui sont :

1°) *La transmutabilité* des espèces du groupe streptopneumocoque, le phénomène étant réversible.

2°) *Le Tropisme ou Affinité-élective* pour tel tissu dans des conditions données. Les microbes d'un foyer primitif qui ont donné naissance à une lésion secondaire d'un organe ou d'un tissu chez l'homme, se retrouvent chez les animaux auxquels ils ont été inoculés dans le même tissu.

D'autres auteurs, Alonzo Nodine, Pierce, Thomas Atkinson, pensent que les microbes en cause n'agissent pas directement, mais que leurs toxines produisent un **trouble du métabolisme du calcium.**

Il peut s'agir d'une **action allergique.**

A. Léri, Rathery, Duvernay, Danysz admettent, dès 1923, que les infections focales entretiennent le rhumatisme par des *modifications humorales* : le rhumatisme chronique relève de la réaction hyperdéfensive d'un organisme plus ou moins sensibilisé et immunisé par des infections et intoxications antérieures, suivant un mode non spécifique. Cette réaction se manifeste par des phénomènes d'anaphylaxie pure : syndrome colloïdoclasique, ou par la sclérose.

Ce sont ces mécanismes humoraux qui sont invoqués par Rolleston, Osgood, Stone (Congrès de Bath Presse

Médicale 1926). Les éléments microbiens disparus spontanément ont créé en certains points une sensibilisation locale ; il suffira que plus tard, des microbes ou des toxines passent dans le sang pour réchauffer et entretenir les lésions rhumatismales.

Sans préjuger de l'Étiologie du rhumatisme et du mécanisme de l'infection focale, nous avons examiné systématiquement la bouche de nombreux rhumatisants chroniques.

Nous avons étudié l'état des dents au point de vue du degré de calcification, de l'abrasion mécanique et des érosions cunéiformes, au point de vue de la carie, de la présence de tartre, de la mobilité.

Les gencives ont été examinées, le décollement, le siège des suppurations notés.

Enfin dans l'histoire des malades, nous avons essayé de trouver les infections antérieures, focales ou générales et de déterminer la nature du terrain.

Si le rhumatisme articulaire aigu est la plus fréquente des maladies infectieuses causales, les autres étant plus difficilement prouvées, il n'en reste pas moins que la majorité des sujets semblent indemnes de toute atteinte microbienne.

La statistique établie donne en effet les résultats suivants :

Aucun foyer trouvé :	55 %.
Rhumatisme articulaire aigu :	25 %.
Amygdales :	6 %.
Otite :	5 %.
Gonococcie :	2 %.

Ces trois derniers foyers étant très discutables.

Les dents des malades sont très souvent hypercalcifiées et abrasées, généralement recouvertes de tartre. Les caries sont loin d'être constantes. Il en est de même de la pyorrhée. Les gingivites fréquemment observées sont d'origine tartrique et ne se voient que dans des

bouches mal soignées. Par contre, la résorption osseuse et celle des ligaments sont très notables : les dents sont décollées et mobiles. Voici dans quelles proportions se trouvent ces différents caractères :

Hypercalcification :	60 %.
Abrasion mécanique :	58 %.
Érosions cunéiformes :	3 %.
Tartre :	82 %.
Mobilité anormale :	55 %.
Décollement gingival :	60 %.
Pyorrhée alvéolaire :	22 %.
Gingivite :	30 %.
Caries :	85 %.

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION I

Homme de 60 ans.

Atteint de rhumatisme déformant généralisé. Pas d'origine infectieuse connue.

Examen buccal :

2 seules caries. Vérification radiographique : aucun foyer péri-apical.

Tartre très abondant.

Gingivite tartrique.

Pas de mobilité anormale.

Pas de décollement gingival.

Légère résorption alvéolaire.

OBSERVATION II

M^{me} T..., 50 ans.

Rhumatisme chronique déformant datant de 18 ans. Ankylose des grandes articulations surtout des hanches et des genoux.

Examen buccal :

Bouche bien soignée. 2 bridges partiels et prothèse mobile.

Caries multiples soignées.

Calcification normale.

Pas d'abrasion.

Pas de décollement gingival.

Pas de suppuration.

OBSERVATION III

M^{me} Ass, 52 ans.

Rhumatisme chronique déformant depuis 15 ans. Pas de grosses déformations. Pas d'ankylose.

Rien dans les antécédents personnels.

Père et sœur atteints de rhumatisme déformant.

Examen buccal :

Des caries dentaires se sont produites après le début des douleurs rhumatismales.

En 1919 un appareil de prothèse complet du haut a été posé.

Il repose sur des racines infectées. En bas extraction de G 5 — G 6 — D 5 — D 6 cariées.

Calcification normale. Pas d'abrasion.

Mobilité de G. 7 et D 7 très décollées.

Pas de pyorrhée.

OBSERVATION IV

M. Ber, 62 ans.

Rhumatisme chronique déformant.

En 1922, début par des douleurs vagues dans le membre inférieur et l'épaule droite avec gonflement des articulations, sans fièvre. En 1923, crise avec douleurs aiguës dans toutes les articulations, gonflement. La température est de 37°6. Le salicylate reste sans effet. Rien au cœur. La crise dure 18 mois, les douleurs diminuent progressivement et les déformations s'installent aux mains, aux doigts, aux poignets. Actuellement, début d'ankylose aux épaules. Le pied droit et les genoux sont ankylosés.

Examen buccal :

Dents hypercalcifiées.

Abrasion mécanique des incisives inférieures

Tartre abondant.

Déchaussement assez marqué des dents.

Pas de suppuration gingivale.

Légère mobilité des dents.

Caries datant de 10 ans environ.

Caries pénétrantes de D 6, G 4, D 5, D 6, G 5, G 6, G 7.

Antécédents :

Personnels : o.

Héréditaires : pas de rhumatisme dans la famille.

OBSERVATION V

M. Per, 44 ans.

Rhumatisme chronique déformant.

Pas de maladies dans l'enfance.

1901, crise de rhumatisme articulaire aigu.

1902, seconde crise.

1903, troisième crise.

La guérison ne se produit pas. Le rhumatisme devient chronique.

Depuis l'âge de 16 ans travaille dans la dorure, mercure, etc.

A observé depuis longtemps des caries dentaires, du déchaussement des dents.

Actuellement, il reste à la mâchoire supérieure :

2 dents à gauche et 3 dents à droite. Ces dents sont très mobiles recouvertes d'un tartre épais et abondant, elles sont jaunâtres. Les autres dents se sont cariées et sont tombées spontanément par morceaux.

Au maxillaire inférieur, il manque G 6 et G 7.

Les dents inférieures sont bien calcifiées, non mobiles, il y a peu de tartre.

Pas de suppuration gingivale.

Antécédents personnels : tuberculose pulmonaire avec B. K.

Antécédents héréditaires : Pas de rhumatisme dans la famille.

OBSERVATION VI

M. Bouc, 69 ans.

Rhumatisme chronique déformant. En 1910 apparition des douleurs et des déformations rhumatismales. Début par des douleurs dans les bras, par du gonflement des articulations, puis une ankylose progressive. Déformation des doigts, mains, épaules, poignets, ankylose des genoux. Rhumatisme vertébral. Traitement salicylé et électrique sans effet.

Examen buccal :

Jamais de douleurs dentaires.

Dents hypercalcifiées, recouvertes d'un tartre épais, formant de gros blocs à la face linguale des dents inférieures.

Abrasion mécanique des incisives inférieures.

Déchaussement de toutes les dents très marqué.

Gencives rouges, irrégulières, saignant facilement.

Pus au collet des dents.

Antécédents : Pas de rhumatisme dans la famille.

OBSERVATION VII

M. Gef, 35 ans.

Rhumatisme chronique déformant. La première atteinte de rhumatisme s'est manifestée pendant la guerre, nécessitant l'évacuation du malade pendant 11 mois. Guérison apparente. En 1928 crise de rhumatisme articulaire aigu traitée à Beaujon par le salicylate. Le rhumatisme déformant apparaît ensuite. Actuellement, main droite en coup de vent, main, épaule gauches très déformées ainsi que les deux pieds. Douleurs à type vertébral.

Examen buccal :

A l'âge de 14 ou 15 ans, extraction de D 6 et G 6 cariées.
D 2, 4, G 2, 4 et 5 à l'état de racines. Les autres dents ont une calcification normale.

Pas de tartre.

Pas de mobilité anormale.

Pas de décollement de la gencive, pas de suppuration.

Antécédents :

Personnels : 0.

Héréditaires : Père aveugle + 65 ans, avait quelques douleurs rhumatismales, pas de déformations.

OBSERVATION VIII

M. Louv, 49 ans.

Rhumatisme chronique déformant. En 1906, première crise de rhumatisme articulaire aigu. Guérison complète. De 1907 à 1911, une crise par an laissant quelques séquelles. En 1911, le rhuma-

tisme déformant s'installe progressivement aux mains et aux genoux. Etat actuel : les mains et les genoux présentent des déformations caractéristiques et sont à peu près ankylosées. Les autres articulations sont à peine touchées.

Antécédents :

Personnels : 0.

Héréditaires : Père et mère non rhumatisants.

Examen buccal :

D 4, 5, 6, extraites en 1926.

G 4, 5, 7, à l'état de chicots.

Dents très calcifiées.

Abrasion mécanique des incisives inférieures.

Tartre au collet peu abondant.

Léger décollement gingival, gencives rouges.

Pas de suppurations.

Pas de mobilité anormale.

Pas de caries.

OBSERVATION IX

M^{me} N..., 36 ans, couturière.

Rhumatisme chronique à type infectieux. Début il y a quinze mois par des douleurs articulaires aux poignets, aux épaules, aux chevilles, aux genoux simultanément, sans crise aiguë. Déformations au niveau du coude et du poignet gauches ainsi que des articulations métacarpophalangiennes. Les mêmes déformations existent à droite mais moins marquées. Mouvements actifs et passifs douloureux et limités des épaules. Pertes blanches abondantes depuis des années. Pas de gonocoques à l'examen direct

Examen buccal :

Dents courtes et jaunes recouvertes d'un tartre peu abondant.

Léger décollement gingival au niveau des dents supérieures.

Dents un peu mobiles.

Abrasion mécanique assez importante des incisives supérieures et inférieures.

Sauf D 2 et G 2 extraites à l'âge de 17 ans, les caries sont récentes et datent de quelques mois à un an.

10 caries.

Pas de suppurations.

OBSERVATION X

M^{me} Gail, 60 ans.

Rhumatisme chronique à type infectieux. Le début remonte à 4 mois, par des douleurs siégeant au niveau des genoux, des hanches, de la région lombaire et des épaules. La température est subfébrile.

Le salicylate amène une légère amélioration. Gono-réaction faiblement positive.

Antécédents :

Personnels : 0.

Héréditaires : parents + âgés non rhumatisants.

Examen buccal :

Caries dentaires très précoces, impossibles à préciser.

A 21 ans, un appareil de prothèse remplace toutes les incisives dont les racines ont été traitées : G 1, 2, 3, D 1, 2, 3.

Les dents inférieures ont été extraites. Il reste g 3, 4, 6, 7.

Les dents sont recouvertes de tartre.

Les gencives sont rouges, saignantes.

Résorption alvéolaire, surtout au niveau de d 1.

Gros décollement gingival.

Pyorrhée.

OBSERVATION XI

M^{lle} Cor., 30 ans.

Rhumatisme chronique déformant. Au début, il y a 5 ou 6 ans, raideur des articulations et douleurs fugaces. Actuellement, douleurs aux épaules, aux doigts, aux gros orteils. Augmentation de volume des articulations des doigts avec tendance à la déformation en coup de vent. Depuis quelques années, règles moins abondantes.

Examen buccal :

Caries dentaires depuis 10 ans ayant nécessité l'extraction de D 3, D 5, G 4, G 6.

Calcification normale.

Léger décollement gingival en haut, plus marqué en bas.

Peu de tartre.

OBSERVATION XII

M^{me} Rec., 66 ans.

Rhumatisme chronique déformant portant sur la troisième phalange des doigts, la tibiotarsienne, les poignets. Pas de rhumatisme articulaire aigu. Pas d'infections antérieures. La malade a souffert fréquemment de douleurs dentaires dès le jeune âge.

Examen buccal :

Édentée depuis l'âge de 55 ans.

Aucune racine.

Pas de suppurations.

OBSERVATION XIII

M^{me} Del., 60 ans.

Rhumatisme chronique déformant datant de 10 ans. Rien dans les antécédents.

Examen buccal :

Caries dentaires depuis l'âge de 20 ans, ayant nécessité 5 extractions.
Dents jaunes, hypercalcifiées.
Abrasion des incisives.
Racines de G 1, G 2 infectées.
Tartre et gingivite tartrique.
Résorption alvéolaire.

OBSERVATION XIV

M^{me} Jol., 47 ans.

Rhumatisme chronique déformant depuis l'âge de 28 ans. Début par rhumatisme de l'épaule gauche, puis de l'épaule droite, enfin des membres inférieurs.

Rien dans les antécédents personnels. Sa grand'mère paternelle était atteinte de rhumatisme chronique déformant.

Examen buccal :

Caries dentaires tardives postérieures au rhumatisme.
Racines infectées de G 1, 2, 4, 5.
A l'arcade inférieure, il ne reste que les 2 canines. Les dents supérieures sont jaunes, sans érosion ni abrasion.
Décollement gingival avec légère résorption alvéolaire.

OBSERVATION XV

M^{me} Trav., 56 ans.

Rhumatisme chronique déformant. Début en 1919 par des douleurs rhumatismales. Actuellement, ankylose de la hanche droite, déformation des orteils. Limitation des mouvements des épaules.

Antécédents :

Crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 18 ans.

Examen buccal :

Depuis 4 ans, toutes les dents sont successivement atteintes de caries.
Racines infectées et chicots.
Grosse résorption alvéolaire
Pyorrhée et gingivite.

OBSERVATION XVI

M^{me} Chauv., 64 ans.

Rhumatisme déformant des deux pieds et des doigts de la main droite depuis 1920. Pas de crise aiguë ni d'infection. Mère rhumatisante.

Examen buccal :

En haut, toutes les dents, sauf D 8, sont tombées spontanément par morceaux à la suite de caries.

Il ne reste aucune racine.

Grosse résorption alvéolaire.

En bas : disparition des molaires et deuxième prémolaires par caries.

Dents jaunes hypercalcifiées.

Pas d'abrasion ni d'érosion.

Tartre abondant.

Gros décollement gingival

OBSERVATION XVII

M. Fal., 38 ans.

Rhumatisme déformant des genoux. En 1926, arthrite aiguë du genou droit avec douleur, gonflement et épanchement. Depuis ce temps, déformation progressive du genou droit, puis du gauche ankylosés en demi-flexion. Limitation des mouvements de l'épaule droite. Wassermann négatif.

Pas de rhumatisme dans la famille.

Examen buccal :

Dents en très bon état jusqu'au traitement au cyanure de mercure qui provoqua une gingivite mercurielle.

Incisives inférieures de plus en plus mobiles et finalement extraites.

État actuel :

Pas de caries. Pas de tartre. Pas de mobilité.

Pas d'abrasion. Pas d'érosion. Pas de suppurations.

OBSERVATION XVIII

M. Eh., 39 ans.

Rhumatisme déformant généralisé depuis 1922.

Antécédents :

Personnels : pas de maladies mais otorrhée droite chronique.

Héréditaires : père atteint de rhumatisme chronique non déformant.

Examen buccal :

Caries multiples.

Pyorrhée alvéolaire.

Dents hypercalcifiées, abrasées, présentant des érosions cunéiformes.

Résorption alvéolaire.

Dents mobiles et très décollées.

OBSERVATION XIX

M. Pier. Al., 65 ans.

Rhumatisme déformant des genoux ankylosés en flexion depuis 5 ans. Pas d'infection à l'origine.

Examen buccal :

Caries dentaires depuis l'âge de 18 ans ayant nécessité des extractions.

En bas, il ne reste plus de dents.

En haut, seules subsistent D 2, G 1 hypercalcifiées, mobiles, couvertes de tartre.

OBSERVATION XX

M. Den., 62 ans.

Rhumatisme chronique déformant depuis 23 ans. Au début, plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu. Actuellement grosses déformations des poignets, des mains et des genoux.

Examen buccal :

Dents hypercalcifiées sans abrasion ni érosions.

Tartre très abondant.

Décollement gingival considérable.

Les dents sont découvertes jusqu'au tiers de la hauteur de la racine.

6 caries.

OBSERVATION XXI

M^{me} Siv., 49 ans.

Rhumatisme chronique déformant généralisé depuis 1916, consécutif à 2 crises de rhumatisme articulaire aigu.

Examen buccal :

Dents saines et gencives saines.

Antécédents personnels :

2 crises d'appendicite non opérée.

2 crises de coliques hépatiques.

Angines fréquentes.

OBSERVATION XXII

M. Fr., 56 ans.

Rhumatisme chronique déformant. Début par rhumatisme articulaire aigu à 34 ans.

Antécédents :

Angines fréquentes.

Examen buccal :

Dents hypercalcifiées.

Abrasion des incisives supérieures et inférieures.

Tartre léger.

Pas de mobilité. Pas de décollement. Pas de suppurations.

12 caries depuis l'âge de 12 ans.

OBSERVATION XXIII

M^{me} Lec., 77 ans.

Rhumatisme déformant des membres inférieurs et des mains. Pas de maladies antérieures.

Pas de rhumatisme dans la famille.

Examen buccal :

Dents blanches. Calcification normale.

En haut : pas de mobilité. Pas de décollement.

Tartre et gingivite tartriques.

3 dents cariées.

En bas : gros décollement gingival.

Mobilité anormale.

Pyorrhée.

Pas d'abrasion ni d'érosions.

9 racines infectées.

OBSERVATION XXIV

M^{me} Mea., 43 ans.

Rhumatisme chronique déformant généralisé depuis 6 ans, sans épisode aigu.

Antécédents personnels :

Typhoïde à 27 ans et entérite chronique depuis cette époque.

Antécédents familiaux :

Père atteint de rhumatisme chronique non déformant.

Examen buccal :

Extractions des dents pour cause de caries ou de pyorrhée.

Il reste 3 dents supérieures et deux inférieures très calcifiées, découvertes jusqu'au tiers de leurs racines.

Tartre très abondant.

Grosse résorption osseuse.

Mobilité anormale.

OBSERVATION XXV

M^{me} Guill., 46 ans.

Rhumatisme chronique déformant avec ankylose des grandes articulations. Début en 1923 par crise de rhumatisme articulaire aigu.

Antécédents :

Aucune autre maladie.
Pertes blanches intermittentes.

Examen buccal :

Nombreuses caries dentaires et racines infectées.
Les dents restantes sont hypercalcifiées et abrasées.
Pas d'érosions. Pas de mobilité. Pas de décollement.
Pas de suppurations. Léger dépôt de tartre.

OBSERVATION XXVI

M^{lle} Bel., 55 ans.

Rhumatisme chronique déformant généralisé datant de 5 ans. Pas d'infection à l'origine mais pertes blanches. Otite chronique bi-latérale.

Examen buccal :

Extraction des dents pour cause de caries ayant commencé à l'âge de 30 ans.
Il ne reste que les canines et les prémolaires supérieures, canines prémolaires et incisives inférieures.
Hypercalcification. Abrasion. Pas d'érosions.
Pyorrhée. Décollement gingival. Tartre très abondant.

OBSERVATION XXVII

M^{me} Met., 68 ans.

Rhumatisme chronique déformant généralisé depuis 4 ans.

Antécédents :

Typhoïde à l'âge de 20 ans.

Examen buccal :

Racines infectées de D 1, D 5, G 3, G 5.
Dents hypercalcifiées, abrasées, sans érosions.
Grande mobilité des incisives inférieures.
Tartre abondant.
Décollement gingival.
Pas de suppurations.

OBSERVATION XXVIII

M^{me} Barb., 65 ans.

Rhumatisme chronique déformant depuis 2 ans, portant sur les genoux, les pieds et les mains. Aucune maladie antérieure.

Examen buccal :

Extraction des dents supérieures il y a 10 ans.

En bas : il reste une racine infectée et 2 dents très calcifiées,
très abrasées, sans érosions, très mobiles.
Tartre abondant.
Grosse résorption alvéolaire.

OBSERVATION XXIX

M^{lle} Den., 63 ans.

Rhumatisme chronique déformant depuis un an. Ankylose des genoux. Déformations des phalanges. Rien dans les antécédents personnels ni héréditaires

Examen buccal :

Nombreuses extractions pour cause de caries.
Aucune dent en bas.
En haut, il reste 5 dents hypercalcifiées, abrasées, sans érosions, mobiles.
Tartre abondant et gingivite tartrique.

OBSERVATION XXX

M. Meur., 69 ans.

*Rhumatisme chronique déformant généralisé depuis l'âge de 27 ans
Aucune maladie antérieure.*

Examen buccal :

Hypercalcification des dents.
Abrasion.
Pas d'érosions.
Tartre très abondant.
Gingivite légère.
A la mâchoire supérieure, nombreuses racines infectées. Il ne reste que les 2 canines.
A la mâchoire inférieure, dents saines.

OBSERVATION XXXI

M. Pich., 63 ans.

Rhumatisme depuis 1918 sans crise aiguë. Déformations des genoux, des pieds, des phalanges.

Examen buccal :

Pyorrhée alvéolaire.
Dents mobiles tombent spontanément.
Tartre abondant.
Dents hypercalcifiées.
Abrasion des incisives. Pas d'érosions.

OBSERVATION XXXII

M. Char., 56 ans.

Rhumatisme chronique depuis l'âge de 25 ans. Atteinte des mains, des pieds, avec peu de déformations. Aucune maladie dans les antécédents personnels ni héréditaires.

Examen buccal :

Caries depuis 21 ans ayant nécessité 3 extractions.

Racines infectées g 5.

Hypercalcification. Abrasion des incisives inférieures. Pas d'érosions. Pas de mobilité.

Pas de décollement. Pas de suppurations.

Présence de tartre.

CONCLUSIONS

I. — L'origine dentaire du rhumatisme chronique reste encore très obscure par suite des difficultés à établir le rapport de causalité. En effet, on ne trouve presque jamais le microbe du foyer dentaire au niveau des articulations, l'hémoculture est souvent négative, l'épreuve du traitement n'a plus de valeur 6 mois après le début de l'affection. D'autre part, les lésions dentaires ne sont pas nécessairement une cause de rhumatisme. Il est des granulomes stériles, avirulents.

II. — L'étiologie du rhumatisme chronique est des plus difficiles à établir. Il semble, d'après nos connaissances cliniques et bactériologiques, qu'il faille être éclectique et ne pas rattacher tous les rhumatismes à une origine infectieuse. Il semble même que l'opinion qui tend à prévaloir en France soit d'admettre la pluralité des causes chez un même sujet.

L'infection focale existe certainement. Les foyers latents sont très nombreux. Parmi ceux-ci les foyers dentaires doivent être évidemment recherchés, sans qu'il soit toujours possible de les incriminer dans la production du rhumatisme.

De toute manière, il est de très bonne pratique de mettre la bouche du rhumatisant chronique en parfait état, non pas de faire des extractions systématiques, mais d'entreprendre un traitement rationnel à la fois dentaire et péri-dentaire.

III. — Du point de vue de l'état buccal du rhumatisme chronique, nos observations nous ont permis de noter la prédominance de certains caractères :

résorption osseuse et ligamenteuse
hypercalcification des dents.

Par contre, la pyorrhée, le décollement gingival, les suppurations, les caries n'existent pas toujours : nous avons vu des bouches absolument saines chez des rhumatisants à grosses déformations.

Les caractères pathologiques constatés dans la cavité buccale ne présentent ni une constance, ni une régularité telles qu'on puisse les considérer comme spécifiques.

Les douleurs d'arthrite sont exceptionnelles au niveau de l'articulation alvéolo-dentaire.

Il semble que seules la résorption de l'os et la disparition des ligaments témoignent de la participation aux lésions rhumatismales.

Le temps ne nous a pas permis de faire une étude plus développée qui déborde le cadre du rhumatisme déformant grave. C'est un plan de travail. Dans l'avenir, il serait important d'examiner tous les rhumatismes chroniques au point de vue dentaire dans le double esprit de savoir s'il y a une étiologie buccale du rhumatisme d'une part et d'autre part comment se comporte le milieu buccal au cours de l'état rhumatismal.

u : le Doyen
H. ROGER

Vu : le Président de Thèse
F. BEZANCON

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- TELLIER. — La septicité bucco-dentaire et ses conséquences. (*Odon-tologie*, 1906.)
- TELLIER. — La pyorrhée alvéolaire. (II^e Congrès de Stomat. Paris, 1911.)
- SAINTON et DEBERTRAND. — (*Bulletin des mémoires de Soc. méd.* Paris, 10 février 1911.)
- A. LERI. — (*La Clinique*, Oct. 1912.)
- FR. BILLINGS. — Chronic focal Infections and their etiologie relations to arthritis and nephritis.
- ROSENOW. — Elective Localization of streptococci. (*Journ. Am. Med. Ass.*, 1915, p. 1686-1691.)
- Elective localization of the streptococci from a case of pulpitis, dental neuritis and myositis. (*Journ. of Immunology*, 1916, p. 363-381.)
- The relation of dental infection to systemic disease. (*Dental Cosmos May*, 1917, p. 485.)
- W. DUKE. — Oral, sepsis in its relationship to systemic disease. (*C. V. Mosby Company Saint-Louis*, 113, 1918.)
- FRED MILLER. — Instances of the relation of apical foci to systemic conditions. (*Dental Digest*, 1918, p. 211.)
- A. STENGEL. — Relation of dental affections to systemic diseases. (*Dental Cosmos Jul.*, 1919, p. 619.)
- J. MENDEL. — Foyers infectieux péri-apexiens et leurs répercussions d'ordre général. (*Odontologie*, 1920, p. 280.)
- TELLIER. — La septicité bucco-dentaire et les maladies générales. (*Lyon Médical*, n° 19, 10 octobre 1920; *Rev. Stom.*, 1921, p. 280.)
- ROUSSEAU-DECELLE. — Le rôle pathologique de la septicité dentaire considéré en Amérique et en France. (*Vie Médicale*, 1921.)
- FREY et RUPPE. — Rapports de la Septicité bucco-dentaire avec maladies générales. (*Journ. Méd. et Chir. prat.*, 25 mai 1921; *Rev. Stom.*, 1921, p. 572.)
- TELLIER. — Septicité bucco-dentaire et septicémies dites crypto-génétiques. (*Progr. méd.*, 1921.)
- HOUSSET. — Rapport sur les infections péri-apicales et l'état général du malade. (*Rev. d'Odont.*, 1921.)
- WATSON WILLIAMS. — Rhumatoid arthritis due to sinus nasal infection. (*British med. Journ.*, 21-1-22.)
- ALBEE. — Zahn und Mundkrankheiten in ihrer Beziehung zu organischen und allgemeinen Erkrankungen, 1922.
- NATHAN. — Le rhumatisme d'origine dentaire. (*Press. Méd.*, 10 novembre 1923.)
- MARANON. — El reumatismo de origen dentario. (*El Siglo Med.*, 17-3-23.)
- GONZOLO. — Reumatismo de origen dentario o poliartritidestrectococcia. (*El Siglo Med.*, 24-3-23.)
- TROISIÈRE. — Rhumatismes et infections dentaires. (*La Médecine*, juil. 1924, p. 787.)

- SINGER. — Le problème étiologique dans la question du rhumatisme. (*Wiener Medical Woche*, 13 déc. 1924.)
- LESBRE et GRANDCLAUDE. — Infections strepto-entérocoques des dents et leurs métastases viscérales. (P. M., 11 sept. 1926.)
- PRICE. — Fundamental suggested bu recent researches for diagnosis prognosis and treatment of dental focal infections. (*Journ. Am. dent. Ass.*, 1925, t. XII, p. 641.)
- CECIL et ARCHER. — Classification and treatement of chronic arthritis. (*J. A. M. A.*, 1926, n° 87, p. 741.)
- RUSSEL, CECIL, B. ARCHER. — Analyse de 200 cas de rhumatisme articulaire infectieux chronique. (*Rev. Stom.*, n° 5, mai 1927.)
- ROUSSEAU-DECELLE. — Un cas de rhumatisme d'origine dentaire. (*Rev. Stom.*, 1927, p. 74.)
- PENNILETON et PRICE. — Étude clinique et statistique des arthrites chroniques basée sur 1 100 cas. (*Rev. Stom.*, 1927, p. 237.)
- ROUSSEAU-DECELLE. — Infections générales et cavité buccale. (*Ash-Caplain*, 1927.)
- LERI et LONJUMEAU. — Arthritisme et rhumatismes chroniques. (*Journ. Méd. Fr.*, t. XVI, mai 1927, p. 187-196.)
- THOMSON et GORDON. — Les maladies rhumatismales chroniques. Diagnostic et traitement. (Traduit de l'anglais par Françon, Paris, 1928.)
- C. E. FORKNER, A. R. SHANDS et M. A. POSTON. — Le liquide synovial dans les arthritites chroniques : bactériologie et cytologie. (*Archives of intern. Medicine*, tome XLII, n° 5, novembre 1928. Cf. *Presse Médicale*, n° 17, 27 février 1929.)
- THESEE. — Un cas de rhumatisme articulaire infectieux. (*Rev. Stom.*, 1928, p. 339.)
- WEISSENBACH et FRANCON. — Causes et traitements des rhumatismes chroniques.
- DUVERNAY. — Essai sur la pathogénie du rhumatisme chronique, le rôle du terrain et l'anaphylaxie. (*Journ. de Méd. de Lyon*, mai 1931.
- Le rôle du terrain dans les maladies chroniques. (*Journ. de Méd. de Lyon*, mai 1922.)
- Notions théoriques et pratiques sur les rhumatismes articulaires et leur traitement. (*Vie Méd.*, 9 fév. 1923.)
- DANYSZ. — *Bulletin Médical*, 18 février 1820.
- VAN BREEMEN. — Orientation clinico-physiologique du diagnostic et de la thérapeutique dans les maladies rhumatismales chroniques. (*Presse Méd.*, 27 avril 1929.)
- M. P. WEIL. — Rhumatismes et infections dentaires. (*Rev. Odontologique*, avril 1929, p. 151.)

